## SCHADENSMELDUNG UNFALL

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungsgesellschaft:      | Polizzennummer:      |

# VERSICHERUNGSNEHMER

|  |
| --- |
| Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers/Firma      |
| PLZ/Ort/Straße/Hausnummer |            |
| Telefonnummer |       |

|  |
| --- |
| Beschäftigung und Nebenbeschäftigung      |

VERSICHERTE (UNFALLBETROFFENE) PERSON

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Zuname      | Geburtsdatum      |
| PLZ/Ort/Straße/Hausnummer |       |
| Telefonnummer |       |

|  |
| --- |
| Beschäftigung und Nebenbeschäftigung      |

# EREIGNISBESCHREIBUNG

|  |  |
| --- | --- |
| Schadendatum/Uhrzeit      | Ort      |

|  |
| --- |
| Behördlich aufgenommen? [ ]  ja [ ]  nein Von wem?       Geschäftszahl:       |

|  |
| --- |
| Genaue Sachverhaltsdarstellung      |

**FALLS DIE VERLETZTE PERSON KFZ-LENKER WAR:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Führerscheinnummer      | Gruppe(n)      | ausgestellt am:      | ausgestellt von      |

**ALLGEMEINE FRAGEN**

|  |
| --- |
| Art der Verletzung?       |

|  |
| --- |
| Arbeitsunfähigkeit von       bis einschließlich       |

|  |  |
| --- | --- |
| Voraussichtliche Behandlungsdauer      | Name und Adresse des behandelnden Arztes?      |

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenhaus  | [ ]  ambulant [ ]  stationär von       bis       |

|  |
| --- |
| Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?       |

|  |  |
| --- | --- |
| Ist eine dauernde Beeinträchtigung (bleibendeInvalidität) durch die Unfallfolgen zu befürchten? | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  möglicherweise |
| Handelt es sich um einen Freizeitunfall? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Sind Sie auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Wenn „JA“ bei welchen Gesellschaften? |       |
| Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Waren Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?(z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogen-Missbrauch etc.) | [ ]  ja [ ]  nein |
| Wenn JA, wie? |       |
| Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst? | [ ]  ja [ ]  nein |

# BANKVERBINDUNG

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Entschädigungszahlung an Kontoinhaber      | Bankleitzahl / Bank      | Konto-Nummer      |

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.

1. Ich ermächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, der zuständigen Versicherungsgesellschaft über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
2. Ich bevollmächtige die zuständige Versicherungsgesellschaft sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift des Verletzten |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Unterschrift des Versicherungsnehmers |